UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 2

DE

L'ÉVIDEMENT SYSTÉMATIQUE DU COL

DANS

L'HYSTÉRECTOMIE SUBTOTALE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 20 Novembre 1912

PAR

Pierre RADIER

Né à Saint-Geniès-des-Mourgues (Hérault), le 21 août 1884

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

DE ROUVILLE, Profes.-adjoint, *Président.*
VALLOIS, Professeur. } *Assesseurs.*
DELMAS, Agrégé. }
MASSABUAU, Agrégé

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1912

DE

L'ÉVIDEMENT SYSTÉMATIQUE DU COL

DANS

L'HYSTÉRECTOMIE SUBTOTALE

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 2

FACULTÉ DE MÉDECINE

DE

L'ÉVIDEMENT SYSTÉMATIQUE DU COL

DANS

L'HYSTÉRECTOMIE SUBTOTALE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 20 Novembre 1912

ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

PAR

Pierre RADIER

Né à Saint-Geniès-des-Mourgues (Hérault), le 21 août 1884

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

- DE ROUVILLE, Profes.-adjoint, *Président.*
- VALLOIS, Professeur. } *Assesseurs.*
- DELMAS, Agrégé. } *Assesseurs.*
- MASSABUAU, Agrégé.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1912

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✻). . . . . DOYEN
SARDA. . . . . ASSESSEUR
IZARD . . . . . SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (✻). Chargé de l'enseignement pathol. et thérap. génér
Clinique chirurgicale	TEDENAT (✻).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET (✻).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et hist. nat. méd	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✻).
Clinique ophtalmologique.	TRUC (✻).
Chimie médicale.	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne.	DUCAMP.
Anatomie	GILIS (✻).
Clinique chirurgicale infantile et orthop.	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Pathologie et thérapeutique générales . .	RAUZIER. Chargé de l'enseignement de la Clinique médicale
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale. . . .	VIRES.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET
Doyen honoraire : M. VIALLETON
Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✻), GRYNFELTT HAMELIN (✻)
M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

Chargés des Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards. .	LEENHARDT, agrégé.
Pathologie externe	LAPEYRE, agr. lib.
Clinique gynécologique.	DE ROUVILLE, prof. adj.
Accouchements.	PUECH, Prof. adj.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, agr. libr.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie. . . .	MOURET, Prof. adj.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE	MM. LAGRIFFOUL	MM. DERRIEN
VEDEL	GAUSSEL	MASSABUAU
SOUBEYRAN	RICHE	EUZIÈRE
GRYNFELTT Ed.	CABANNES	LECERCLE
LEENHARDT	DELMAS (Paul).	

Examinateurs de la Thèse

MM. DE ROUVILLE, prof.-adjoint, *prés.* | MM. DELMAS, *agrégé.*
VALLOIS, *professeur.* | MASSABUAU, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur : qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON ARRIÈRE-GRAND-PÈRE

LE DOCTEUR ALEXIS MONTELS

A LA MÉMOIRE

DE MES GRANDS-PARENTS PATERNELS

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE SI REGRETTÉ

MONSIEUR MARCELLIN RADIER

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE

MONSIEUR JOSEPH RADIER

P. RADIER.

A MON GRAND-PÈRE, A MA GRAND'MÈRE

A MA MÈRE

En témoignage de ma profonde affection.

A MA SŒUR

A TOUS MES PARENTS

A MES AMIS

P. RADIER.

A MON JURY DE THÈSE

A TOUS MES MAITRES

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DES HOPITAUX
DE MONTPELLIER

P. RADIER.

DE

L'ÉVIDEMENT SYSTÉMATIQUE DU COL

DANS

L'HYSTÉRECTOMIE SUBTOTALE

INTRODUCTION

De toutes nos grandes opérations chirurgicales, l'hystérectomie abdominale est une de celles qui est le plus souvent pratiquée.

Si les indications de cette intervention sont nombreuses, cela tient à ce que les affections contre lesquelles elle est dirigée, sont à la fois multiples et extrêmement communes.

En outre, on l'exécute aujourd'hui beaucoup plus volontiers qu'autrefois.

Bon nombre de chirurgiens préféraient, il y a quelques années encore, l'hystérectomie vaginale, à cause de sa plus grande bénignité.

Mais les perfectionnements de la technique chirurgi-

cale et des procédés de stérilisation ont porté un grand coup à cette élégante opération.

L'hystérectomie abdominale, au contraire, en a profité.

Devenue, de par ces perfectionnements mêmes, au moins aussi bénigne que sa rivale, elle a repris toute la prépondérance à laquelle lui donnent droit, et sa plus grande facilité et les deux grands avantages suivants qu'elle offre au chirurgien : outre le contrôle si précieux de l'œil, permettant à celui-ci de constater la nature et l'étendue des lésions existantes, elle procure à l'opérateur la ressource de modifier sa façon d'agir au moment même de l'intervention. Se rendant un compte exact des troubles pelviens, il peut les combattre plus efficacement par des opérations beaucoup plus complètes ou, au contraire, beaucoup plus économiques lorsque l'examen des parties malades montre que certains organes ou morceaux d'organes peuvent être conservés.

Sans nous préoccuper des indications de l'une ou l'autre voie d'accès de l'utérus, nous localiserons notre étude aux deux grands modes d'hystérectomie abdominale.

Après avoir dit un mot, dans un premier chapitre, de la longue polémique qui s'est élevée entre les partisans de la totale ou de la subtotale, nous exposerons, dans un second chapitre, les avantages et les inconvénients de ces deux opérations, sans prendre partie pour l'une ou l'autre de ces deux excellentes interventions, nous nous demanderons si, par un moyen terme, on ne pourrait pas joindre les avantages de l'une aux avantages de l'autre et supprimer, du même coup, les inconvénients des deux. Nous exposerons ensuite, dans un troisième chapitre, la technique inaugurée par M. le professeur de Rouville, dans sa pratique journalière de l'*évidement systématique du col utérin*, temps spécial de l'hystérectomie subtotale.

A l'appui de notre thèse nous joindrons quelques observations prises dans le service de notre éminent maître. Nous illustrerons les trois premières par la reproduction, d'après nature, et sous différents aspects, des moignons cervicaux tels qu'ils ont été extraits de la cavité pelvienne par le procédé dont la technique sera exposée plus loin.

Mais avant d'aborder notre modeste travail, qu'il nous soit permis de remercier tous nos maîtres de la Faculté de Médecine pour l'excellent enseignement qu'ils nous ont donné.

M. le professeur agrégé Galavielle qui, durant le cours de nos études médicales, a bien voulu s'intéresser à nous d'une façon spéciale, a droit à toute notre reconnaissance.

Nous remercions aussi M. le professeur agrégé Lagriffoul, de l'intérêt qu il nous a porté pendant tout le temps où nous sommes resté préparateur à l'Institut Bouisson-Bertrand.

A M. le professeur de Rouville qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse ; à M. le professeur Vallois ; à MM. les professeurs agrégés Massabuau et Delmas qui ont bien voulu accepter de siéger comme juges, nous adressons nos meilleurs remerciements.

CHAPITRE PREMIER

TOTALE OU SUBTOTALE

En abordant l'utérus par la voie abdominale on peut, quel que soit le procédé employé, enlever l'organe en entier, ou bien n'extraire de la cavité pelvienne que sa partie supérieure, son corps. Dans ce dernier cas, on sectionne le moignon cervical au-dessus de ses insertions vaginales, et le col utérin, intact, reste à sa place habituelle.

Ces deux modes d'hystérectomie, totale ou subtotale, trouvent, l'un et l'autre, des partisans et des adversaires.

Après une longue polémique, qui, semble-t-il, avait assuré le triomphe à l'hystérectomie subtotale, les débats ne tardèrent pas à s'ouvrir de nouveau.

« Un vent de révision soufflait, dit M. le professeur de Rouville, les vaincus n'avaient pas perdu courage et, avec une patience inlassable, accumulaient les « faits nouveaux » ; des recrues neuves et jeunes vinrent grossir leurs rangs, dont l'ardeur enthousiaste fut pour la cause un sérieux appoint, si bien, qu'à l'heure actuelle, un mouvement se produit, puissant, en faveur de la totale ; de ces cendres mal éteintes, le procès renaît, les discussions reprennent, les arguments se croisent et *adhuc sub judice.* »

Ces deux interventions sont excellentes en elles-mêmes et donnent de remarquables résultats.

Que de femmes atteintes de fibromes et d'inflammations bilatérales des annexes, pour ne citer que les affections les plus fréquentes, doivent chaque jour leur salut à l'une ou l'autre de ces deux opérations.

D'une valeur absolue très grande, la difficulté surgit lorsqu'on les compare.

En se basant uniquement sur les statistiques récemment publiées, il est très difficile de se faire une opinion de leur valeur relative.

Le pronostic, surtout lorsqu'il s'agit d'hystérectomie pour salpingo-ovarite, dépend d'une foule d'éléments dont la multiplicité même empêche d'en évaluer exactement la gravité.

Si les statistiques ne donnent qu'une orientation indécise à l'esprit du chirurgien. Celui-ci peut arriver à se former une opinion personnelle d'après les faits journellement observés par lui.

« Tout en n'ayant pas de statistiques à vous apporter, dit M. Faure, j'ai l'impression que l'hystérectomie totale est plus grave. »

Mais une impression n'était pas un grief suffisant à opposer aux partisans de la totale.

L'argumentation devenant plus serrée les faits se précisèrent.

Le « péril vaginal » vint en tête de ligne comme étant le plus à redouter :

Ouvrir une cavité septique dont les parois vont saigner et seront, de ce fait, en danger de s'infecter ; donner à cette cavité un débouché en plein péritoine n'est-ce pas imprudent ?

Mais, en stérilisant systématiquement les parois vagi-

nales à la teinture d'iode, on peut, répondent les adversaires de la subtotale, réduire ce péril à zéro ; tandis qu'il est des cas où une infection ascendante reconnaît pour point de départ un col conservé, nécessitant parfois une colpotomie ultérieure. Pourquoi ne pas du premier coup évacuer la place ?

La plus grande facilité de la subtotale rend cette intervention plus rapide et constitue un gros argument en sa faveur.

Chez « les femmes grasses à plancher pelvien profond, siège d'infiltration inflammatoire » l'ablation de l'utérus en entier rencontre souvent de sérieuses difficultés. Aussi, est-il prudent de se borner à ligaturer les utérines, à sectionner le col au-dessus de son insertion vaginale et à enlever avec le corps utérin décollé, fibromes ou annexites.

A part les cas rendus difficiles à cause de l'infiltration inflammatoire, il en est de plus simples, privés d'adhérences, où ces manœuvres opératoires sont d'une exécution aisée.

Dans des conditions de simplicité identique, il ne faut pas s'exagérer l'importance d'un décollement péritonéal poussé jusqu'au vagin, ni les difficultés d'une hémostase un peu plus délicate. Pour si peu que l'état suspect du col fasse de l'hystérectomie totale une mesure prudente, on doit avoir recours à cette intervention.

Il est bon de la pratiquer encore lorsque, en cours d'opération, l'ouverture d'un foyer purulent pelvien fait d'un drainage sérieux une pressante indication.

Et pour drainer efficacement la cavité pelvienne, la voie vaginale est sans contredit la meilleure, surtout quand on a soin de lui conserver son calibre naturel en enlevant le col utérin qui le réduit à sa partie supérieure.

Là ne se termine pas encore la discussion. Dans un

louable désir de triompher, les partisans de la subtotale opposèrent un dernier argument aux adversaires de cette intervention. Le bout de col laissé en place s'atrophie, disent les premiers, « il devient presque un col de nullipare, et la statique pelvienne est mieux conservée dans la subtotale qui ménage les ligaments utéro-sacrés » (Faure).

Il peut devenir le siège de processus inflammatoire et dégénératif « il n'est donc pas inoffensif », dit Mériel, et avec lui les amis de la totale.

L'ardeur de vaincre a peut-être rendu les uns et les autres un peu absolus.

La statique pelvienne ne paraît pas troublée, outre mesure, par l'ablation du col utérin.

L'équilibre reste bon. Le vagin est encore soutenu par les faisceaux musculaires lisses des ligaments utéro-sacrés qui, nous dit Testut, « se continuent en partie avec ceux de l'utérus, en partie avec ceux du vagin. »

Et M. le Professeur de Rouville n'a jamais observé le moindre trouble grave dû au manque de soutien des organes pelviens chez ses malades ayant subi l'hystérectomie totale. Si bien que, dans le traitement des salpingo-ovarites bilatérales, il a été conduit, par cette considération même, à modifier sa façon d'agir. Il enlevait autrefois les annexes et conservait l'utérus pour mieux assurer l'intégrité de la statique du petit bassin. Aujourd'hui, il enlève l'utérus quand il sacrifie les annexes.

En outre, certains cols peuvent bien régresser et évoluer de telle sorte que leur aspect se rapproche beaucoup de celui d'un col de nullipare ; mais tous ne subissent pas cette involution ; tous ceux, qui sécrétaient abondamment auparavant, ne produisent pas «cette leucorrhée de plus en plus fluide du moignon subtotalisé, devenant de plus en plus blanche et séreuse à mesure que se parfait la guérison. »

Beaucoup restent gros et présentent, après comme avant, l'intervention des sécrétions muco-purulentes qui justifient leur destruction au Filhos.

D'un autre côté, le moignon cervical ne s'infecte pas fatalement. Il ne se transforme pas toujours en fibrome, pas plus qu'il ne subit la dégénérescence cancéreuse.

Mais, par contre, ce bout de col n'est inoffensif que s'il est absolument sain, et son état douteux ou simplement suspect constitue une puissante indication en faveur de la totale.

En somme, ce qui ressort de cette longue discussion c'est que totale ou subtotale sont deux très bonnes interventions, mais chacune dans un domaine particulier, chacune a sa sphère, et pour être très voisines l'une de l'autre, elles n'en sont pas moins différentes.

La question demeura longtemps en litige parce que le problème était mal posé.

Il ne s'agissait pas tant, en effet, d'attribuer la supériorité à l'une de ces interventions au détriment de sa rivale que de déterminer, aussi exactement que possible, leurs indications respectives.

CHAPITRE II

MOYEN TERME ENTRE LA TOTALE ET LA SUBTOTALE

L'ÉVIDEMENT SYSTÉMATIQUE DU COL

De ce que nous avons conclu dans le précédent chapitre que l'hystérectomie totale et l'hystérectomie subtotale étaient deux opérations excellentes, devons-nous pour cela nous déclarer satisfaits et proscrire toute tentative d'amélioration d'ordre technique ?

Doit-on s'en tenir à la constatation de résultats très favorables sans se préoccuper d'atteindre un degré de perfection plus élevé ?

Les reproches adressés à chacune de ces interventions par les partisans de la rivale sont pourtant fondés.

S'il ne peut s'agir d'autre chose que de simples inconvénients, l'effort qui tend à les supprimer est cependant louable.

De la discussion précédente il ressort que l'hystérectomie totale présente les inconvénients suivants :

1° L'hémostase est plus délicate ; parfois même présente de réelles difficultés.

Les culs-de-sac vaginaux sont ouverts et le postérieur surtout saigne abondamment.

De bonnes sutures sont nécessaires pour arrêter com-

plètement cette hémorragie, et souvent il est très malaisé de les pratiquer surtout « chez les femmes grasses à plancher pelvien profond, siège d'infiltration inflammatoire ».

2° Le vagin est ouvert par en haut, ce qui peut entraîner les éventualités suivantes :

Si la stérilisation à la teinture d'iode de cette cavité septique est imparfaite, là peut se trouver le point de départ d'une infection ascendante. Celle-ci ne se contentant pas de gagner le tissu cellulaire sous-péritonéal peut suivre la voie qui lui est ouverte et s'étendre aux veines pelviennes. C'est ce qui explique, d'après Olshausen, Zweifel et Menge, la plus grande fréquence des phlébites après la totale.

3° Le vagin perd ses « qualités morphologiques naturelles ». Sans doute, l'inconvénient est relativement minime pour une femme privée de son utérus et de ses annexes ; mais la cicatrice existant au fond de cette cavité comporte des risques éventuels qui peuvent mettre la femme en danger.

4° La statique pelvienne, quoique peu troublée par la section des ligaments utéro-sacrés, n'a qu'à gagner si on les respecte.

Leur intégrité assure un meilleur équilibre et donne une résistance plus grande aux organes pelviens.

5° Enfin, il faut reconnaître que l'hystérectomie totale présente de plus nombreuses difficultés dues, précisément, à l'ablation du col utérin.

Et l'impression de gravité plus grande que J.-L. Faure a reçue de ses observations personnelles, pour n'être qu'une impression n'en constitue pas moins un grief, léger sans doute, contre la totale.

Tous ces inconvénients sont supprimés si on pratique la subtotale.

Plus d'hémostase difficile, plus d'infection provenant du vagin à redouter. Celui-ci n'est pas ouvert, il ne saigne donc pas, et si une infection survient, son origine est ailleurs.

Plus de troubles de la statique pelvienne à craindre. Les ligaments utéro-sacrés restent intacts.

Enfin le vagin conserve ses qualités morphologiques naturelles, et la cicatrice de son fond est évitée.

Mais on ne pare à ces inconvénients qu'au prix d'un sacrifice. On n'évacue pas complètement la place, et ce bout de col conservé est susceptible, s'il n'est parfaitement sain, de susciter des désordres.

De là de nouveaux inconvénients.

1° D'abord, le moignon cervical, reliquat de la subtotale, est souvent infecté. C'est même la règle dans les salpingo-ovarites. Les recherches de Forsati montrent, d'autre part, que le col des utérus fibromateux est très souvent septique, et il signale cette septicité dans 50 0/0 des cas qu'il a examinés.

2° Au cas d'hystérectomie pour fibromes, ce moignon peut renfermer des noyaux fibromateux passés inaperçus. Ceux-ci peuvent évoluer pour leur compte et donner lieu à de nouveaux désordres.

Enfin, chose plus grave, ce moignon cervical peut devenir le siège d'une dégénérescence maligne.

Toutefois, cette éventualité ne se produit que fort rarement, et il semble bien, si l'on en juge par les faits de cet ordre qui ont été publiés, que le cancer du col préexistait à l'opération.

En somme, on est en droit de se demander si, en modi-

fiant les procédés de la technique actuelle, on n'arriverait pas à des résultats meilleurs.

Et pour atteindre ces résultats, est-il nécessaire de chercher à supprimer, du même coup, les inconvénients de nos deux modes d'hystérectomie.

Puisque la subtotale réduit à néant les reproches adressés à la totale, le problème semblerait heureusement résolu si on parvenait à priver la subtotale de ses inconvénients propres.

Or, quelle est la cause essentielle de ces inconvénients?

C'est uniquement la persistance dans la cavité pelvienne du moignon cervical, reliquat de la subtotale.

L'évidement systématique du col utérin, ayant pour but d'enlever la presque totalité de ce moignon cervical, paraît être la solution la plus logique du problème.

Le tissu interstitiel est enlevé en majeure partie, il n'en reste qu'un millimètre à peine à la périphérie.

Avec lui disparaît tout danger d'infection reconnaissant pour point de départ ce tissu interstitiel même.

Les noyaux fibromateux, qui pouvaient s'y trouver, sont enlevés du même coup.

Et la dégénérescence maligne, qui parfois débute par un cul-de-sac glandulaire profondément situé dans ce tissu interstitiel, est ainsi rendue impossible. Tandis que par l'ablation simple de la muqueuse cervicale, comme la pratique Forsati, ces culs-de-sac glandulaires profonds peuvent être oubliés et donner naissance à une évolution maligne.

Seul peut se produire l'épithélioma pavimenteux du museau de tanche; mais étant facilement diagnosticable parce que parfaitement visible, il constitue une indication formelle de la totale.

CHAPITRE III

TECHNIQUE DE L'ÉVIDEMENT DU COL UTÉRIN TEMPS SPÉCIAL DE L'HYSTÉRECTOMIE SUBTOTALE

1° On enlève l'utérus et les annexes suivant un des nombreux procédés de la subtotale ;

2° Le moignon est alors saisi, superficiellement, sur chacune de ses faces antérieure et postérieure, à l'aide de deux pinces à quatre dents ;

3° L'aide tire sur ces pinces en sens inverse, et comme s'il voulait éverser la cavité cervicale ;

4° Avec le bistouri, on évide le moignon par sections circulaires, de haut en bas, en ne s'arrêtant qu'à quelques millimètres de la surface externe du col.

Comme on le voit par ce bref exposé de la technique suivie par M. le professeur de Rouville dans sa pratique journalière de l'évidement systématique du col après ses subtotales, presque rien ne reste du moignon cervical.

Avec la muqueuse cervicale, susceptible de provoquer des infections et des dégénérescences malignes, on enlève la majeure partie du tissu interstitiel, qui, à son tour, peut être septique, peut contenir des noyaux fibromateux et recéler des culs-de sac glandulaires, profondément situés, points de départ possibles d'épithéliomas ultérieurs.

Les inconvénients de la subtotale sont donc évités et nous conservons tous ses avantages ; c'est-à-dire que nous supprimons également les inconvénients de la totale.

En effet, l'hémostase, quoique moins facile que dans la subtotale, est plus aisée que dans la totale. M. le professeur de Rouville, pour refréner l'hémorragie, avait cru devoir employer le thermocautère dans ses premières interventions, mais il fut vite convaincu que l'accolement, par de bonnes sutures des parois, antérieure et postérieure, du moignon évidé, suffisait à l'hémostase. D'ailleurs, si un écoulement sanguin continuait à se faire par l'extrémité inférieure du col, on en viendrait aisément à bout par un tamponnement vaginal.

Dans un cas, cependant, M. le professeur de Rouville constata, après l'opération, une hémorragie assez considérable se faisant par le vagin ; et il dut appliquer sur le col, par le vagin, une pince oblitérant l'orifice externe. La malade guérit sans incident.

Notre Maître insiste beaucoup sur la nécessité de réaliser une occlusion parfaite du moignon cervical abdominal, afin qu'au cas où une hémorragie viendrait à se produire, le sang ne puisse pas s'accumuler dans le pelvis, mais ne trouve d'issue qu'à l'extérieur par le vagin. On est ainsi vite prévenu de la complication et il est facile d'y remédier comme nous venons de le dire.

Le vagin n'étant pas ouvert, tout danger d'infection du tissu cellulaire sous-péritonéal ou des veines pelviennes, reconnaissant ce point de départ, est évité et par là même les phlébites consécutives.

Le vagin conserve son intégrité de forme, et l'adhérence intime qui se produit entre les deux parties du moi-

gnon évidé est d'une garantie plus grande pour l'avenir que la cicatrice de la totale.

Enfin les ligaments utéro-sacrés étant respectés la statique pelvienne n'a nullement à souffrir.

Cependant une éventualité peut se produire où l'évidement du col resterait insuffisant : cet évidement respectant le museau de tanche, un épithélioma pavimenteux peut se développer à ses dépens. Mais, nous l'avons déjà dit à la fin du deuxième chapitre, celui-ci serait facilement visible par conséquent d'un diagnostic aisé ; ce qui constituerait dès lors une indication formelle de la totale.

On aurait encore recours à cette dernière intervention si, en cours d'opération, naissait la nécessité d'un drainage vaginal.

On voit que l'évidement du col tel que le conçoit M. le professeur de Rouville, ne rappelle que de loin l'ablation simple de la muqueuse cervicale que préconise Forsati, et l'ablation conique de l'utérus telle que l'effectuent certains chirurgiens.

OBSERVATIONS

Observation première

Salpingo-ovarite scléro-kystique

Elise D..., épouse G..., âgée de 28 ans, entre le 16 juin 1912, dans le service de M. le Professeur de Rouville pour douleurs abdominales. Elle a eu un enfant il y a six ans ; l'accouchement fut normal. Quinze jours après cet accouchement, les douleurs, dont elle se plaint actuellement, se firent sentir à l'hypogastre et à la fosse iliaque gauche. Elles s'irradient dans les reins et dans la cuisse droite et sont surtout fortes quelques jours avant les règles et pendant toute leur durée, la fatigue les augmente aussi. Depuis cet accouchement, la malade a eu des pertes blanches qui deviennent un peu fétides avant les règles. Celles-ci s'établirent chez la malade à l'âge de 12 ans ; elles avançaient chaque fois de 5 à 6 jours et n'ont jamais manqué, le sang était peu coloré et peu abondant. Depuis l'accouchement, les règles n'ont pas changé. Quoique les digestions se fassent mal il n'y eut pourtant pas de vomissements. Très constipée la malade urine peu et souvent ; elle a souffert à la miction pendant quelques temps, mais ne souffre plus actuellement.

A l'examen, on constate un col de métrite cervicale. L'utérus est en rétroversion, il est mobile, mais vaguement douloureux à la mobilisation. Il ne paraît pas très augmenté de volume. Les annexes droites se perçoivent dans le Douglas. A l'ouverture du ventre, on trouve des masses annexielles rouges, violacées, adhérentes; les ovaires, durs et augmentés de volume, présentent d'assez nombreux kystes ; l'utérus, légèrement plus gros que normalement, a atteint un certain degré de congestion. Après avoir enlevé utérus et annexes, suivant le procédé classique de la subtotale, M. le Professeur de Rouville pratique l'évidement aussi complet que possible du moignon cervical ; et le morceau de tissu interstitiel qu'il enlève atteint le volume d'une noix.

Les figures I, II et III représentent ce moignon cervical vu sous trois aspects différents.

Après avoir soigneusement accolé par une suture les deux portions, antérieure et postérieure, de tissu cervical restées en place, il rejoint par un surjet les deux bords pépitonéaux et referme le ventre.

La malade parut se bien trouver, mais, le soir, elle présenta une hémorragie assez abondante se faisant jour par le vagin ; M. le Professeur de Rouville appliqua, par cette cavité, une pince sur les deux portions du col causes de l'hémorragie. Celle-ci s'arrêta bientôt.

La malade, dès lors, s'achemina chaque jour vers la guérison. Elle sortit du service quelques temps après en parfait état.

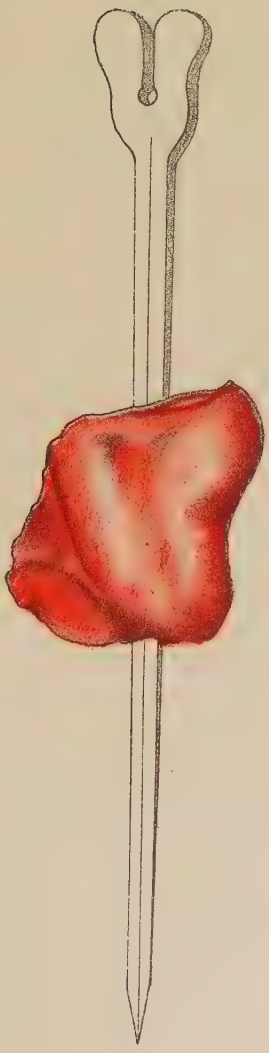

Fig. 1

Fig.11

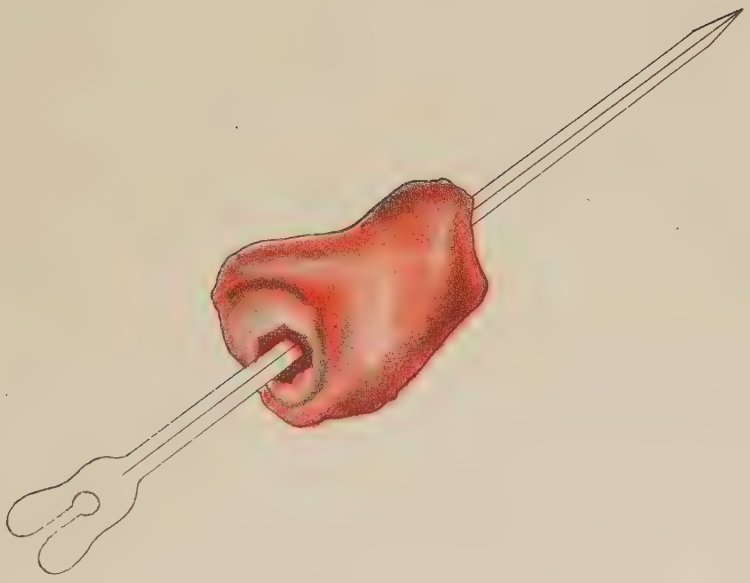

Fig. III

Observation II

Salpingo-ovarite bilatérale

Claire S., épouse B., âgée de 25 ans, entre à l'hôpital le 29 mai 1912, pour douleurs abdominales et pour pertes rouges et blanches. Elle a eu deux enfants, le dernier il y a trois ans. Les accouchements furent normaux, il n'y eut pas de fausses couches.

Les douleurs datent du début de la dernière grossesse, après l'accouchement elles ont diminué. La malade souffrait de la fosse iliaque gauche surtout avant les règles, puis les douleurs disparaissaient pendant les règles sans irradiation aucune. Depuis 6 mois, les douleurs sont plus fortes, généralisées à tout l'abdomen, continues, augmentant par le séjour au lit et avant les règles. Il y a eu des pertes blanches depuis la dernière grossesse, continues mais surtout abondantes avant les règles, un peu verdâtres et très fétides. Depuis 2 mois, des hémorragies ont apparu 8 jours avant et 8 jours après les règles, très abondantes avec beaucoup de caillots.

La malade fut réglée à 15 ans d'une façon normale et régulière jusqu'à l'apparition des troubles actuels.

A l'examen l'utérus est gros, il remonte à trois travers de doigt au-dessus de la symphise ; en position intermédiaire ; il est douloureux à la mobilisation. Rien dans les culs-de-sac postérieur et latéral droit. Dans le cul-de-sac gauche, on trouve une masse annexielle douloureuse.

Le 25 juillet, on pratique la laparotomie. L'utérus remonte très facilement. Les annexes droites sont sans adhérences ; les gauches adhèrent légèrement à leur

place normale. La malade ayant souffert des deux côtés, on fait l'hystérectomie subtotale avec évidemment du moignon cervical. Les figures IV et V représentent ce moignon cervical supporté par une sonde cannelée. Si on examine les pièces enlevées, on trouve un utérus de volume moyen à muqueuse normale. Les parois sont très épaissies. Les annexes gauches sont les plus malades. L'ovaire, doublé de volume, est très œdématié et porte, à côté de nombreux kystes folliculaires, un kyste hématique d'un corps jaune pédiculé, en quelque sorte, à la surface de l'ovaire. La trompe, augmentée de longueur, est très tortueuse, perméable et très congestionnée.

A droite, les lésions sont à peu près les mêmes, mais moins accentuées.

L'évidement du col se fait facilement, on enlève même une partie du museau de tanche. Après une bonne hémostase, on referme le ventre par trois plans successifs de sutures et sans mettre le moindre drain.

Une légère hémorragie se produit dans l'après-midi qui suit l'opération, mais un tamponnement vaginal suffit à l'arrêter. Et le 15 juillet, la malade sortait de l'hôpital en parfaite santé.

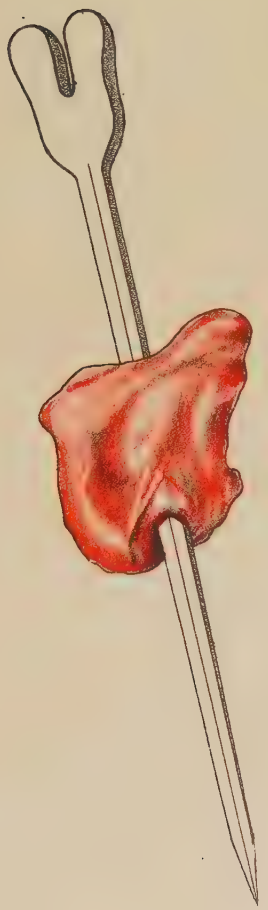

Fig. IV

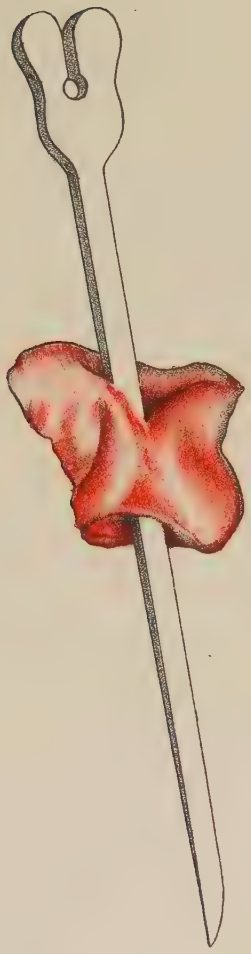

Fig. V

Observation III

Salpingo-avarite scléro-kystique

Catherine V... entre le 10 juin, dans le service de gynécologie se plaignant de douleurs abdominales. Elle est âgée de 22 ans, n'a pas eu d'enfants, mais seulement une fausse couche, il y a trois mois.

Sans avoir eu de fièvre. Elle présente depuis quinze jours, des hémorragies peu abondantes, mais continues. Le sang contient de nombreux caillots.

Depuis la fausse couche, la malade ressent des douleurs à la partie inférieure de l'abdomen. Elles surviennent par crises de quelques minutes, surtout de nuit, ce qui réveille la malade. Elles s'irradient dans les reins Pertes blanches, depuis l'avortement, un peu jaunâtres, très abondantes, continues et très fétides. La malade fut réglée à 12 ans, d'une façon normale et régulière jusqu'à 18 ans, à cet âge, les règles furent moins abondantes et un peu douloureuses. Depuis l'avortement, la quantité de sang domina encore et les douleurs se firent sentir plus violentes.

A l'examen, l'utérus paraît petit, les fosses iliaques droites et gauches sont douloureuses à la pression, le col est bien celui de la métrite cervicale.

Le 2 juillet, on pratique une laparotomie. On trouve un utérus petit mais à parois épaissies et légèrement congestionnées. Les ovaires des deux côtés sont scléreux, augmentés de volume et présentent à leur intérieur de

nombreux kystes hématiques. Les trompes sont tortueuses, congestionnées, légèrement adhérentes.

Après l'hystérectomie subtotale, M. le professeur de Rouville pratique l'évidement du col aussi complet que possible. Les figures VI et VII donnent une idée de cet évidement. La malade guérit sans le moindre incident et sort, le 20 du même mois, en parfaite santé.

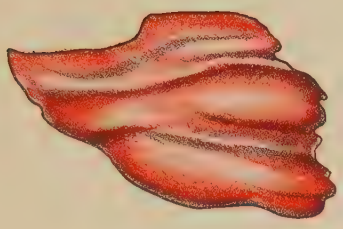

Fig.VI

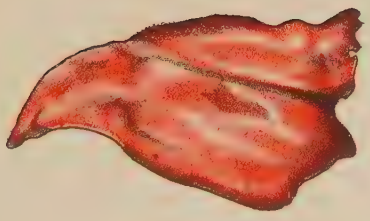

Fig.VII

Observation IV

Fibrome utérin.

Pauline P., âgée de 50 ans, entre à l'hôpital, le 17 avril 1912, pour douleurs abdominales et rétention passagère d'urine. Elle a eu un enfant, il y a trente-un an. L'accouchement fut normal.

Elle eut aussi une fausse couche de 2 mois et demi sans complication. Depuis deux ans, dans la partie inférieure du ventre, elle ressent des douleurs sourdes surtout après un peu de fatigue. Il y a deux mois, elle a eu trois crises douloureuses d'une durée de 24 heures. Les douleurs siègent surtout à la partie inférieure de l'abdomen, s'irradient dans les reins et augmentent par le repos. Elles s'accompagnent de quelques vomissements. Il y a eu autrefois quelques pertes blanches. La malade fut réglée à 12 ans, les règles avançaient un peu, mais ne contenaient pas de caillots. Elles furent très abondantes et avec caillots de trente à quarante ans, à cet âge, elles diminuent de quantité, mais persistent.

Le 27 avril, laparotomie. A l'ouverture du ventre, le tablier épiploïque recouvre en entier la tumeur ; cet épiploon est très vascularisé, non adhérent, et se laisse aisément refouler ainsi que l'intestin dans la concavité diaphragmatique.

La tumeur apparaît alors du volume d'une tête de fœtus à terme, rouge, multilobée. Sur la ligne médiane, au dessus du pubis, on trouve un lobe du volume d'une petite mandarine qui coince la tumeur et l'immobilise, occa-

sionnant ainsi la rétention urinaire par compression de la vessie. La main droite plonge dans le Douglas et arrive enfin à énucléer la tumeur hors du ventre. L'hystérectomie subtotale se fait aisément, sauf pour les annexes droites qui adhérent à leur place normale.

Point particulier. — Après ablation de la tumeur, on évide complètement au bistouri le moignon cervical de telle sorte que le doigt, introduit par l'ouverture abdominale de ce moignon, arrive facilement dans le vagin.

Après de bonnes sutures, le ventre est refermé sans drainage. La malade guérit sans le moindre incident.

Observation V

Métrite scléreuse

Antoinette P..., épouse V..., âgée de 45 ans, entre à l'hôpital le 23 avril, pour douleurs abdominales. Elle fut opérée, il y a quatre ans, à Carcassonne. Elle a eu trois enfants, dont le dernier a 16 ans. Les accouchements furent normaux, sauf toutefois le dernier qui fut difficile mais sans fièvre. Pas de fausses couches. La malade ressent depuis le dernier accouchement des douleurs dans la partie inférieure de l'abdomen, et après fatigue seulement, dans la fosse iliaque droite. Ces douleurs diminuent par le repos. Elles sont plus fortes depuis l'opération et ont actuellement tendance à augmenter.

Peu de temps avant l'opération, il y eut des pertes blanches qui ont cessé après, pour reparaître, il y a six mois, un peu jaunâtres. Elles se reproduisent de temps en temps.

Entre le dernier acccouchement et l'opération, des hémorragies se produisirent qui duraient quatre à cinq jours puis cessaient pendant sept à huit jours. Peu abondantes, elles s'accompagnaient de douleurs assez fortes. Depuis l'opération, ces douleurs ont cessé de se faire sentir. Les règles ont apparu à 10 ans, normales, régulières. Après le dernier accouchement, elles avancent de quatre à cinq jours, présentent des caillots, sont assez abondantes et très douloureuses. Depuis l'opération, les règles sont devenues normales.

La malade digère mal depuis l'opération, mais n'a

jamais eu de vomissements. L'amaigrissement est assez marqué. Des bouffées de chaleur intense montent au visage de la malade pendant son repos. Elle urine bien, mais est constipée.

A l'examen, on constate un gros col de métrite cervicale présentant des cicatrices et une érosion circulaire autour du museau de tanche. L'orifice est rempli par de petites granulations. Le col regarde en arrière, il est dur et scléreux, L'utérus est en antéversion, mobile et dur ; on sent son fond à deux travers de doigt au-dessus de la symphyse.

Rien dans le Douglas. Dans le cul-de-sac antérieur, on sent l'utérus. Le cul-de-sac latéral droit est douloureux, surtout à sa partie interne où on perçoit l'ovaire. A gauche, le cul-de-sac n'est pas douloureux, mais on sent une résistance.

Opération le 4 mai. Laparotomie. L'utérus, saisi par une pince, remonte très peu et l'on a quelque peine à extérioriser les annexes, non pas à cause des adhérences qui sont minimes, mais de la rétraction inflammatoire des ligaments.

Hystérectomie par la méthode classique suivie de l'évidement du moignon cervical. Fermeture du ventre sans drainage. L'utérus répond à la définition de la métrite parenchymateuse ; il est du volume d'un poing moyen, congestionné et très dur. A la coupe, la muqueuse est très pâle, la paroi fortement hypertrophiée et très scléreuse.

Les ovaires sont petits, scléreux, contiennent quelques rares kystes folliculaires, les trompes sont très congestionnées, mais perméables.

La malade guérit sans présenter le moindre saignement à la vulve ; la guérison se produit très rapidement, et la malade sort du service tout à fait rétablie.

Observation VI

Rétroversion utérine avec lésions salpingo-ovariennes peu accentuées

R.., épouse M.., âgée de 30 ans, entre à l'hôpital le 14 mars, pour douleurs abdominales et pertes blanches. Elle a eu trois enfants, le dernier il y a sept ans. Les accouchements furent normaux. Pas de fausses couches. Quelques douleurs se firent sentir dans le bas-ventre, durèrent cinq à six mois, puis cessèrent. Elles reprirent après le dernier accouchement, se localisant à la partie inférieure et droite de l'abdomen. Elles surviennent dix jours avant les règles et durent trois à quatre jours après, sourdes et continues, elles nécessitent alors le séjour au lit. Depuis le dernier accouchement, la malade éprouve des pertes blanches peu abondantes mais continues. Elle fut réglée à 15 ans d'une façon normale et régulière jusqu'à sa maladie.

A l'examen, on trouve un col en avant gros, déchiré, entr'ouvert ; on y introduit la première phalange de l'index ; c'est, en somme, un col de métrite cervicale puerpérale. Dans le Douglas, on sent le corps de l'utérus en rétroversion. Le cul-de-sac antérieur est libre. A droite, on ne sent rien. A gauche, seulement, on perçoit une tuméfaction profonde et haute. L'utérus semble gros, augmenté de volume, mais on ne perçoit pas son fond.

Le vingt-trois mars, on pratique une laparotomie, on trouve alors dans le péritoine pelvien un épanchement de pelvi-péritonite. L'hystérectomie subtotale classique se

fait sans grandes difficultés ainsi que l'évidement profond du col utérin.

L'examen des pièces nous montre un utérus un peu augmenté de volume, de coloration rouge-violacé, en somme, très congestionné.

A droite, l'ovaire est scléreux, petit, avec quelques rares kystes folliculaires. La trompe, de volume moyen, est allongée et très coudée, les franges du pavillon sont très épaisses, mais la lumière reste perméable. A gauche, les lésions de la trompe sont les mêmes, mais l'ovaire, très œdématié, est doublé de volume et porte, à côté de kystes folliculaires, un kyste hématique d'un corps jaune du volume d'une noisette.

Les suites de l'opération furent excellentes et la malade quitta l'hôpital en parfait état.

Observation VII

Métrite scléreuse

Marie A..., épouse V..., quarante-huit ans, entre à l'hôpital se plaignant d'hémorragies. Elle a eu dix enfants, le dernier il y a cinq ans. Les accouchements furent normaux, il n'y eut pas de fausses couches. Les hémorragies débutèrent il y a un an environ, leur durée est à peu près de quinze jours et elles se reproduisent aussi tous les quinze jours. Elles sont abondantes et douloureuses. Le sang est assez foncé et contient de nombreux caillots. Le repos diminue leur quantité.

Depuis deux mois, surtout au moment des hémorragies, la malade éprouve de vives douleurs au milieu du ventre sans irradiations, mais leur intensité nécessite le repos au lit.

Les règles apparurent à dix ans, furent normales et régulières jusqu'après le dernier accouchement, à ce moment-là, elles disparurent pendant seize mois, puis elles redevinrent normales. Depuis un an, elles se confondent avec les hémorragies.

A l'examen, on trouve un gros col de métrite puerpérale. L'utérus est en position normale, il remonte à deux ou trois travers de doigt au-dessus de la symphise ; il est très dur, scléreux, très morbide ; à l'hystéromètre, il mesure huit centimètres, on ne trouve rien aux annexes. L'opération a lieu le 8 mai. C'est une hystérectomie subtotale classique avec évidement, aussi parfait que possible, du col, le ventre est fermé sans drainage.

Examen des pièces. — L'utérus est hypertrophié, il atteint la grosseur d'un poing d'enfant, ses parois sont très scléreuses. Pas de lésions apparentes de la muqueuse; les trompes sont perméables mais congestionnées; l'ovaire droit est scléreux; le gauche, scléro-kystique, présente un kyste hémorragique d'un corps jaune.

La malade guérit parfaitement, et sort, le 2 juin, de l'hôpital.

Observation VIII

Salpingo-ovarite bilatérale

Julia Bo., épouse Br., âgée de 20 ans, entre à l'hôpital en mai 1912. Elle se plaint de douleurs abdominales et de pertes rouges et blanches ; elle n'a eu ni enfants, ni fausses couches. Il y a huit mois que la malade éprouve les douleurs dont elle se plaint, mais, depuis trois mois, surtout, ces douleurs sont continues dans la fosse iliaque gauche, plus intenses au moment des règles et principalement au lit, elles ne présentent pas d'irradiations. Des pertes blanches un peu fétides se sont montrées depuis son mariage.

La malade fut réglée à 14 ans, d'une façon régulière mais très abondamment. Depuis trois ou quatre mois, les règles sont plus foncées, retardent un peu et sont bien moins abondantes.

Dans le Douglas, on sent une masse douloureuse probablement annexielle. L'utérus est petit et mobile. Le col est celui d'une nullipare.

Laparotomie le 21 mai. L'ouverture du ventre est très difficile à cause de l'épaisseur de la paroi et de la contracture des muscles qui n'ont pas cédé malgré l'anesthésie. L'utérus saisi, on va à la recherche des annexes, à gauche, elles sont adhérentes dans le Douglas et constituées par un ovaire quatre fois plus gros que normalement et par une trompe très longue, sinueuse, très congestionnée. Les annexes droites sont aussi au fond du Douglas ;

l'ovaire, analogue au précédent, porte un kyste séreux du volume d'une mandarine.

M. le professeur de Rouville pratique une hystérectomie subtotale avec évidement très complet du moignon cervical.

La malade guérit aussi parfaitement que possible sans présenter la moindre complication.

Des observations de ce genre ayant entre elles beaucoup de points communs, nous craindrions de fatiguer le lecteur en en publiant davantage.

Les deux premières sont surtout intéressantes par l'hémorragie qui a suivi l'opération.

Elles prouvent bien qu'il est aisé d'arrêter cet écoulement sanguin, soit en appliquant une pince sur les portions du col restées en place, soit par un tamponnement vaginal si on a eu bien soin de fermer l'orifice abdominal par de bonnes sutures.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 16 novembre 1912.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 15 novembre 1912,
Le Doyen,
MAIRET

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !